



# **CONVENÇÃO COLETIVA CAPITAL GLOBAL**

**CONDIÇÕES GERAIS**



**TOKIO MARINE  
SEGURADORA**

---

## APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais de seu **Seguro De Vida Em Grupo – Capital Global**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

## INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

**Condições Gerais – Versão de Agosto de 2025.**

Seguro De Vida Em Grupo – Capital Global – Convenção Coletiva – Processo SUSEP nº 15414.650797/2025-62.

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

## **OUVIDORIA**

### **A Voz do Cliente na Empresa**

A Voz do Cliente na Empresa A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: [www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br) através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov ([www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br)). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em [www.tokiomarine.com.br/atendimento](http://www.tokiomarine.com.br/atendimento) , para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

**Ouvidoria Tokio Marine Seguradora**



## SUMÁRIO

|      |                                                                                                      |    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1    | OBJETIVO DO SEGURO.....                                                                              | 9  |
| 2    | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                               | 10 |
| 3    | CARÊNCIA .....                                                                                       | 11 |
| 4    | FRANQUIAS.....                                                                                       | 11 |
| 5    | ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS .....                                                              | 11 |
| 6    | VIGÊNCIA DA APÓLICE .....                                                                            | 11 |
| 7    | VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS.....                                                                | 12 |
| 8    | ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS .....                                                              | 12 |
| 9    | INCLUSÃO DE CÔNJUGES .....                                                                           | 12 |
| 10   | INCLUSÃO DE FILHOS .....                                                                             | 13 |
| 11   | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                   | 14 |
| 12   | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                              | 15 |
| 13   | CUSTEIO DO SEGURO .....                                                                              | 16 |
| 14   | PRÊMIO DO SEGURO.....                                                                                | 16 |
| 15   | ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS .....                                                  | 17 |
| 16   | REPACTUAÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO.....                                                            | 17 |
| 17   | ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA .....                                                        | 17 |
| 18   | PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....                                                              | 18 |
| 19   | CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL .....                                      | 19 |
| 20   | CANCELAMENTO DO SEGURO .....                                                                         | 19 |
| 21   | PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....                                                                  | 20 |
| 22   | OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....                                                                       | 20 |
| 23   | MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....                                                                         | 21 |
| 24   | DISPOSIÇÕES GERAIS .....                                                                             | 21 |
| 25   | PRESCRIÇÃO .....                                                                                     | 21 |
| 26   | FORO.....                                                                                            | 21 |
| 27   | CONCEITOS.....                                                                                       | 22 |
| I-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA BÁSICA DE MORTE .....                                                | 27 |
| 1    | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                          | 27 |
| 2    | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                               | 27 |
| 3    | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                              | 27 |
| 4    | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                         | 27 |
| II-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE ACIDENTAL .....           | 29 |
| 1    | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                          | 29 |
| 2    | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                               | 29 |
| 3    | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                              | 29 |
| 4    | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                         | 29 |
| III- | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE..... | 31 |
| 1    | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                          | 31 |
| 2    | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                               | 33 |
| 3    | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                              | 34 |
| 4    | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                   | 34 |
| 5    | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                         | 34 |
| IV-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE .....           | 36 |
| 1    | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                          | 36 |
| 2    | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                               | 36 |
| 3    | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                              | 37 |
| 4    | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                   | 37 |
| 5    | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                         | 37 |
| V-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA LABORATIVA.....   | 39 |
| 1    | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                          | 39 |
| 2    | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                               | 40 |
| 3    | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                              | 40 |
| 4    | CARÊNCIA .....                                                                                       | 40 |
| 5    | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                   | 40 |
| 6    | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                         | 40 |
| VI-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA FUNCIONAL.....    | 42 |
| 1    | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                          | 42 |
| 2    | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                               | 46 |
| 3    | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                              | 46 |
| 4    | CARÊNCIA .....                                                                                       | 46 |
| 5    | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                   | 46 |
| 6    | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                         | 46 |



|              |                                                                                                                                           |           |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>VII-</b>  | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA.....</b> | <b>48</b> |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 48        |
| 2            | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                                                                    | 48        |
| 3            | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                                                                   | 49        |
| 4            | CARÊNCIA .....                                                                                                                            | 49        |
| 5            | FRANQUIA .....                                                                                                                            | 49        |
| 6            | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                                                        | 49        |
| 7            | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                                                                   | 50        |
| 8            | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                                                              | 50        |
| <b>VIII-</b> | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS IX - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTES52</b>                                 |           |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 52        |
| 2            | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                                                                    | 52        |
| 3            | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                                                                   | 52        |
| 4            | CARÊNCIA .....                                                                                                                            | 53        |
| 5            | FRANQUIA .....                                                                                                                            | 53        |
| 6            | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                                                        | 53        |
| 7            | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                                                                   | 53        |
| 8            | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                                                              | 53        |
| <b>IX-</b>   | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE VERBA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA .....</b>                      | <b>55</b> |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 55        |
| 2            | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                                                                    | 55        |
| 3            | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                                                                   | 56        |
| 4            | CARÊNCIA .....                                                                                                                            | 56        |
| 5            | FRANQUIA .....                                                                                                                            | 56        |
| 6            | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                                                        | 56        |
| 7            | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                                                                   | 56        |
| 8            | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                                                              | 57        |
| <b>X-</b>    | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE VERBA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE58</b>                                      |           |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 58        |
| 2            | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                                                                    | 58        |
| 3            | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                                                                   | 59        |
| 4            | CARÊNCIA .....                                                                                                                            | 59        |
| 5            | FRANQUIA .....                                                                                                                            | 59        |
| 6            | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                                                        | 59        |
| 7            | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                                                                   | 59        |
| 8            | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                                                              | 59        |
| <b>XI-</b>   | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE VERBA AO ESTIPULANTE POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE .....</b>                   | <b>61</b> |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 61        |
| 2            | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                                                                    | 61        |
| 3            | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                                                                   | 62        |
| 4            | CARÊNCIA .....                                                                                                                            | 62        |
| 5            | FRANQUIA .....                                                                                                                            | 62        |
| 6            | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                                                        | 62        |
| 7            | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                                                                   | 62        |
| 8            | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                                                              | 62        |
| <b>XII-</b>  | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES .....</b>                                                                  | <b>64</b> |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 64        |
| 2            | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                                                                    | 67        |
| 3            | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                                                                   | 67        |
| 4            | CARÊNCIA .....                                                                                                                            | 67        |
| 5            | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                                                        | 67        |
| 6            | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                                                                   | 67        |
| 7            | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                                                              | 68        |
| <b>XIII-</b> | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....</b>                                                            | <b>69</b> |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 69        |
| 2            | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                                                                    | 69        |
| 3            | CAPITAIS SEGURADOS.....                                                                                                                   | 69        |
| 4            | CARÊNCIA .....                                                                                                                            | 69        |
| 5            | BENEFICIÁRIOS.....                                                                                                                        | 70        |
| 6            | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                                                                   | 70        |
| 7            | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                                                              | 70        |
| <b>XIV-</b>  | <b>CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR .....</b>                                                 | <b>71</b> |
| 1            | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                                                               | 71        |



|        |                                                                                                   |    |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 71 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 72 |
| 4      | CARÊNCIA .....                                                                                    | 72 |
| 5      | FRANQUIA .....                                                                                    | 72 |
| 6      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 72 |
| 7      | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                           | 72 |
| 8      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 73 |
| XV-    | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE         | 74 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 74 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 74 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 74 |
| 4      | CARÊNCIA .....                                                                                    | 74 |
| 5      | FRANQUIA .....                                                                                    | 74 |
| 6      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 74 |
| 7      | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                           | 75 |
| 8      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 75 |
| XVI-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - UTI   | 77 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 77 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 77 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 78 |
| 4      | CARÊNCIA .....                                                                                    | 78 |
| 5      | FRANQUIA .....                                                                                    | 78 |
| 6      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 78 |
| 7      | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                           | 78 |
| 8      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 79 |
| XVII-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR FILHOS               | 80 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 80 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 80 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 81 |
| 4      | CARÊNCIA .....                                                                                    | 81 |
| 5      | FRANQUIA .....                                                                                    | 81 |
| 6      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 81 |
| 7      | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                           | 81 |
| 8      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 82 |
| XVIII- | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS       | 83 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 83 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 83 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 83 |
| 4      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 83 |
| 5      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 84 |
| XIX-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO MEDICAMENTO EM CASO DE ACIDENTE              | 85 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 85 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 85 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 85 |
| 4      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 85 |
| 5      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 86 |
| XX-    | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO MEDICAMENTO EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | 87 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 87 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 87 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 87 |
| 4      | CARÊNCIA .....                                                                                    | 87 |
| 5      | FRANQUIA .....                                                                                    | 87 |
| 6      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 87 |
| 7      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 87 |
| XXI-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE CIRURGIA POR ACIDENTE                   | 89 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 89 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 89 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 89 |
| 4      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 89 |
| 5      | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                      | 89 |
| XXII-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE            | 91 |
| 1      | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                       | 91 |
| 2      | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                            | 91 |
| 3      | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                          | 91 |
| 4      | BENEFICIÁRIOS .....                                                                               | 92 |



|         |                                                                                                 |     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 92  |
| XXIII-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS .....                           | 93  |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 93  |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 93  |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 93  |
| 4       | BENEFICIÁRIOS .....                                                                             | 93  |
| 5       | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                         | 93  |
| 6       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 93  |
| XXIV-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS .....                                      | 95  |
|         | CONGÊNITAS DE FILHOS .....                                                                      | 95  |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 95  |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 95  |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 95  |
| 4       | BENEFICIÁRIOS .....                                                                             | 96  |
| 5       | ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                                         | 96  |
| 6       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 96  |
| XXV-    | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS .....      | 97  |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 97  |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 97  |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 97  |
| 4       | BENEFICIÁRIOS .....                                                                             | 98  |
| 5       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 98  |
| XXVI-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO .....                          | 99  |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 99  |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 99  |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 99  |
| 4       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 99  |
| XXVII-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO .....                             | 101 |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 101 |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 101 |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 101 |
| 4       | CARÊNCIA .....                                                                                  | 101 |
| 5       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 101 |
| XXVIII- | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO NATALIDADE .....                           | 103 |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 103 |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 103 |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 103 |
| 4       | CARÊNCIA .....                                                                                  | 103 |
| 5       | BENEFICIÁRIOS .....                                                                             | 103 |
| 6       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 103 |
| XXIX-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR - NÃO DEDUTÍVEL .....      | 105 |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 105 |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 105 |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 105 |
| 4       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 105 |
| XXX-    | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR - NÃO DEDUTÍVEL .....     | 107 |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 107 |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 107 |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 107 |
| 4       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 107 |
| XXXI-   | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR – DEDUTÍVEL .....          | 109 |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 109 |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 109 |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 109 |
| 4       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 109 |
| XXXII-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR – DEDUTÍVEL .....         | 111 |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 111 |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 111 |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 111 |
| 4       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 111 |
| XXXIII- | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL – TITULAR .....  | 113 |
| 1       | OBJETIVO DA COBERTURA .....                                                                     | 113 |
| 2       | RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                                          | 113 |
| 3       | CAPITAIS SEGURADOS .....                                                                        | 114 |
| 4       | OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....                                                                    | 114 |
| XXXIV-  | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL – FAMILIAR ..... | 115 |



|   |                              |     |
|---|------------------------------|-----|
| 1 | OBJETIVO DA COBERTURA .....  | 115 |
| 2 | RISCOS EXCLUÍDOS .....       | 115 |
| 3 | CAPITAIS SEGURADOS.....      | 116 |
| 4 | OCORRÊNCIA DO SINISTRO ..... | 116 |



**CONDIÇÕES GERAIS  
SEGURO DE VIDA EM GRUPO CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A**

**1 OBJETIVO DO SEGURO**

**1.1** O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, das Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

**1.2.1** Cobertura Básica:

- **Básica – Morte**

**1.2.2** Coberturas Adicionais:

- IEA – Indenização Especial por Morte Acidental
- IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente
- IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa
- IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional
- DIT – Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença
- DIT – A – Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente
- VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença
- VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente
- VITA – E – Verba ao Estipulante por Incapacidade Temporária por Acidente
- DG – Doenças Graves
- DC – Diagnóstico de Câncer
- RIH – Renda por Internação Hospitalar
- RIH – A – Renda por Internação Hospitalar por Acidente
- RI-UTI – Renda por Internação Hospitalar Acidente - UTI
- RIH – F – Renda por Internação Hospitalar – Filhos
- DMHO – Despesa Médicas, Hospitalares e Odontológicas
- AMA - Auxílio Medicamento em caso de Acidente
- AMIH - Auxílio Medicamento em caso de Internação Hospitalar
- RCA – Reembolso de Cirurgia por Acidente
- AIPA – Auxílio Invalidez Permanente por Acidente
- AF – Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível
- AF – Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível
- AF – Auxílio Funeral Titular – Dedutível
- AF – Auxílio Funeral Familiar – Dedutível
- RF – Reembolso de Despesas Com Funeral – Titular
- RF – Reembolso de Despesas Com Funeral – Familiar
- AA – Auxílio Alimentação
- AE – Auxílio Educação
- AN – Auxílio Natalidade
- VR – Verbas Rescisórias

- DCF – Doenças Congênitas de Filhos
- IEFP – Indenização Especial De Filhos Póstumos

**1.3** Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – Básica (Morte)
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IEA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – AMIH
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte)
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – AMIH

**1.4** As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Básica – Morte e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), assim como, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se acumulam e podem ser contratadas conjugadamente, quando definido na Proposta de Contratação .

**1.5** Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal ou dependente.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos determinados nas coberturas, estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro para os Segurados Principais e Dependentes, sinistro decorrido de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) doenças preexistentes à contratação do seguro e de conhecimento do Segurado;
- e) prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução da Apólice, quando suspenso contados do início de vigência individual do seguro ou da solicitação de aumento de capital Segurado feita exclusivamente pelo segurado/estipulante;
- g) ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- i) Envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem;
- j) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas;

k) Os ferimentos auto infligidos, sejam de natureza temporária ou permanente, ressalvadas as hipóteses de tentativa de suicídio ocorrida após os dois primeiros anos de vigência inicial da Apólice, ou ainda, após sua recondução nos casos em que tenha havido suspensão.

### **3 CARÊNCIA**

**3.1 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos.**

**3.2 As carências, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.**

**3.3 O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida nas coberturas.**

**3.4 Não haverá carência para os casos de transferência do grupo Segurado de outra para esta SEGURADORA, exclusivamente para os segurados que já participavam do grupo.**

### **4 FRANQUIAS**

**4.1 As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.**

### **5 ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS**

**5.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária especificada nas Condições Especiais, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.**

**5.2 As indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.**

### **6 VIGÊNCIA DA APÓLICE**

**6.1. O seguro vigorará pelo prazo estabelecido na Proposta de Contratação, podendo ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.**

**6.2. A renovação ocorrerá mediante manifestação expressa da Seguradora e consentimento do Estipulante.**

#### **Início de Vigência**

**6.3. O início de vigência do Seguro, será a partir das 24 horas da data da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora, ou, a partir da data de início determinada pelo Estipulante, respeitando-se ainda as condições de aceitação previstas no item 8, em ambas as situações.**

**6.3.1. A cobertura do Seguro está condicionada ao recebimento do prêmio pela Seguradora e aceitação da Proposta de Contratação.**

## **7 VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS**

**7.1** O início de vigência individual dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas da data definida na Proposta de Contratação, sendo a cobertura condicionada ao pagamento e recebimento da parcela do prêmio efetuado pelo Estipulante.

**7.2** As novas admissões de Segurados após o início de vigência do seguro, se dará a partir da data da respectiva admissão do funcionário e/ou inclusão do sócio no Contrato Social, desde que devidamente elegíveis conforme os critérios das condições de aceitação do seguro, e mediante a atualização do número de vidas no faturamento mensal.

**7.3** Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a Apólice de Seguro, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento da Apólice de Seguro prevista nestas Condições Gerais.

**7.3.** No caso de não renovação da Apólice de Seguro, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

**7.4.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice de Seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

## **8 ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS**

**8.1** Poderão ser incluídos na Apólice de Seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições da Proposta de Contratação.

**8.1.1** Estarão incluídos no Seguro, todos os funcionários do Estipulante devidamente registrados e ativos no sistema E-Social e na relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício.

**8.1.2** Os respectivos Sócios e/ou Diretores constantes do Contrato Social, poderão participar do Seguro, desde que haja a indicação na Proposta de Contratação, e que estejam em boas condições de saúde, em plena atividade profissional.

**8.1.3** Será estabelecida na Proposta de Contratação a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro, e observada a **idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima estabelecida na Proposta de Contratação.**

**8.4** Havendo menção na Convenção Coletiva e na Proposta de Contratação, poderão ser incluídos no seguro aposentados por invalidez e afastados do serviço.

## **9 INCLUSÃO DE CÔNJUGES**

**9.1** A Proposta de Contratação deste seguro poderá prever e regular a inclusão automática dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em boas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

**9.2** Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, em caso de sinistro coberto, garante ao Segurado Principal o pagamento do capital Segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

**9.2.1** O capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

**9.3** As possíveis coberturas contratadas por meio desta Cláusula Suplementar serão convencionadas na Proposta de Contratação e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - Básica (Morte)**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IEA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – AMIH – (Auxílio Medicamento em caso de Internação Hospitalar)**

**9.4** A inclusão de cônjuge será automática e abrangerá os cônjuges de todos os segurados principais, independentemente de solicitação.

**9.5** Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

**9.6** Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, seja automática ou facultativa a inclusão, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à SEGURADORA e ter havido pagamento de prêmio.

**9.7** Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe do seguro na qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice de Seguro.

## **10 INCLUSÃO DE FILHOS**

**10.1** A Proposta de Contratação deste seguro poderá prever e regular a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal que estejam em boas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

**10.1.1** São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- I - O filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - Filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
- III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- IV - O irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

V - Irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;

VI - O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

**10.2** Quando contratada a inclusão automática de filhos, em caso de sinistro coberto, garante ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cláusula suplementar, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

**10.2.1** O capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

**10.3** A(s) cobertura(s) para esta Cláusula Suplementar, quando aplicáveis, serão convencionadas na Proposta de Contratação, e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

- IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte)
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – AMIH (Auxílio Medicamento em caso de Internação Hospitalar)

**10.4** Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

**10.5** Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito de Indenização.

**10.6** Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice de Seguro.

## **11 BENEFICIÁRIOS**

### **11.1 Indicação**

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

### **11.2 Alteração de Beneficiários**

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

**11.2.1** Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

**11.3** Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

### **11.4 Beneficiários dos Segurados Dependentes**

**11.4.1** Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal. Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Dependente.

**11.4.2** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

## **12 CAPITAIS SEGURADOS**

**12.1** O Capital Segurado será Global, sendo a indenização calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Global pelo Grupo Segurado que compreende a quantidade de todos os Funcionários registrados e ativos no E-Social e devidamente demonstrados por meio da relação do FGTS do CNPJ e opcionalmente, todos os Sócios/Diretores que constarem no Contrato Social da respectiva empresa quando contratados no grupo segurado, mediante a opção indicada na Proposta de Contratação, observadas as demais cláusulas dessas Condições Gerais.

**12.1.1** Para fins de indenização, os valores de Capitais Segurados serão pagos ou reembolsados de acordo com a cobertura vigente na data do evento, **observadas as condições de aceitação e inclusão de segurados previstas no item 8 sendo a divisão do Capital Global calculada com base no Grupo Segurado existente no mês do evento.**

**12.1.2** O Capital Segurado Individual será validado através da divisão do Capital Segurado Global contratado pelo Estipulante, calculado no mês do evento, **respeitando-se o limite máximo individual especificado na Proposta de Contratação e da Apólice de Seguro.**

**12.2** Para validação do grupo Segurado no mês do sinistro serão considerados os funcionários admitidos e demitidos no mês da ocorrência do sinistro e, os sócios/diretores constantes no Contrato Social, caso essa condição esteja determinada na Proposta de Contratação.

**12.2.1** O Estipulante deverá atualizar, mensalmente, a quantidade de vidas seguradas por meio do faturamento mensal.

**12.2.2** Na regulação do sinistro, caso seja constatado que o número de vidas da relação FGTS somados aos sócios diretores do Contrato Social (quando aplicável) esteja divergente em relação ao número de vidas faturado no mês do evento, fica reservado à Seguradora o direito à cobrança de faturamento complementar para garantir a atualização do grupo e/ou composição do capital uniforme da convenção coletiva.

**12.2.3** Em nenhuma hipótese, o pagamento do capital Segurado individual será superior ao limite determinado na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

**12.3** É obrigação do Estipulante atualizar o número de vidas e repactuar as condições para atender o Capital Segurado Individual e as coberturas da Convenção Coletiva.



## 13 CUSTEIO DO SEGURO

**13.1** Esse seguro está convencionado na modalidade capital global, no qual o custeio do seguro deve ser não contributivo e o prêmio deve ser pago pelo Estipulante, sem a participação do segurado.

## 14 PRÊMIO DO SEGURO

**14.1** A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estipulado na Proposta de Contratação.

**13.2** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

**14.3** Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

**14.4** Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

**14.5** Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, beneficiário ou ao Estipulante.

**14.6** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

### 14.7 Atraso no Pagamento de Prêmio

**14.7.1** Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, a Apólice de Seguro será cancelada automaticamente, observadas as condições a seguir:

**14.7.1.1** A falta do pagamento da primeira parcela da Apólice de Seguro ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

**14.7.1.2** A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido, acarretará a cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 14.7.1.4. Essa situação não acarretará a suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de tolerância, mediante o pagamento do prêmio correspondente até a data limite, antes do cancelamento do seguro por falta de pagamento.

**14.7.1.3** O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 60 dias corridos, contados a partir da data do vencimento da parcela pendente, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.

**14.7.1.4** O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% e juros



**14.7.1.5** A parcela do prêmio não paga até os 60 (sessenta dias) corridos do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a Apólice de Seguro será cancelada, não havendo possibilidade de reabilitação.

**14.7.1.6** Nenhuma indenização de sinistro será devida até que seja quitada a parcela vencida dentro do prazo de tolerância estabelecido para pagamento.

#### **14.8 Cancelamento por falta de pagamento**

O Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios do Seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em até 60 (sessenta dias) corridos acarretará o cancelamento automático da Apólice, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.

### **15 ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS**

**15.1** Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, a legislação determina que o valor do capital Segurado seja corrigido anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

**15.2** O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

### **16 REPACTUAÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO**

**16.1** Fica convencionada a repactuação do capital Segurado para atendimento de Convenção Coletiva, considerando a data base da Convenção Coletiva, quando aplicável. Nesses casos, o prêmio do seguro será recalculado para atendimento do novo Capital Segurado.

**16.2** Se a publicação de um novo Acordo Coletivo implicar em alteração capitais, coberturas, serviços ou outra natureza do risco, a Seguradora reserva-se o direito de reavaliar a aceitação do risco, mediante recálculo do prêmio do seguro.

**16.3** Caso a nova publicação do Acordo Coletivo seja realizado de forma retroativa e/ou exija a contratação de nova cobertura e/ou serviço não previstos nas Condições Gerais, a Seguradora reserva-se o direito de atender ou não as novas disposições, observados os prazos mínimos necessários para a adequação/aprovação da SUSEP, e até mesmo para a inclusão e/ou desenvolvimento de um serviço.

### **17 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA**

**17.1** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

**17.1.1** Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas sempre que houver alteração das coberturas do seguro ou no período de renovação da apólice, tendo como base a experiência da Seguradora.

**17.2** Qualquer modificação da Apólice de Seguro em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

**17.2.1** Qualquer alteração nas condições contratuais deverá ser formalizada por meio de aditivo, devidamente acordado entre as partes.

**17.3** A renovação que não implicar em alteração da Apólice de Seguro com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

## **18 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS**

**18.1** Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento, portal de autoatendimento ou através do site [www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br).

**18.2** Em seguida, deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

**18.3** Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela Seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

**18.3.1** Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem 18.3 ficará suspenso, voltando a correr partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

**18.3.2** Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens **18.3** e **18.3.1**, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 3,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice **INPC/IBGE**, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

**18.3.2.1** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Proposta de Contratação.

**18.4** Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

**18.4.1** O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

**19 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL****19.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:**

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte do Segurado Principal;
- c) com o recebimento do capital Segurado relativo à cobertura de IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;
- d) com o recebimento do capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF);
- e) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- f) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice;
- g) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- h) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação da Apólice;
- i) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Estipulante, seu representante ou seu Corretor de Seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência da Apólice de Seguro.

**19.2 Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:**

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos;
- b) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) a pedido do Segurado Principal;
- d) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

**20 CANCELAMENTO DO SEGURO****20.1 A Apólice de Seguro será cancelada:**

**20.1.1** por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

**20.1.2** pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, das Condições Especiais e da Proposta de Contratação, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 14.

**20.1.3** se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da Apólice de Seguro.

**20.1.4** quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência da apólice.

## **21 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**21.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização, caso haja por parte do Segurado, seus representantes, dependentes ou beneficiários:**

- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto da Proposta de Contratação;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

**21.1.1 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.**

**21.1.2** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 21.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, restando, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, restando, do prêmio originalmente pactuado, após o pagamento da indenização;
- b) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- c) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível

## **22 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

**22.1 Constituem obrigações do Estipulante:**

**I - fornecer à sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**

**II - manter a sociedade Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;**

**III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;**

**IV - repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;**

**V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice de Seguro, quando for responsável por tais ações;**

**VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;**

**VII - comunicar, de imediato, à sociedade Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**

**VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**

**IX - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e**

**X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.**

**22.2 É expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-estipulante:**

**I – cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade Seguradora; e**

**II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade Seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.**

## **23 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

**23.1** A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições da Apólice de Seguro e as normas do seguro.

## **24 DISPOSIÇÕES GERAIS**

**24.1** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

**24.2** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

**24.3** O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da sociedade Seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

## **25 PRESCRIÇÃO**

**25.1** Qualquer direito do Segurado ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

## **26 FORO**

**26.1** O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

## 27 CONCEITOS

### 27.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

#### 27.1.1 Incluem-se, nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

#### 27.1.2 Excluem-se desse conceito:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 27.11, acima.

### 27.2 Apólice de Seguro

É o documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s).

### 27.3 Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital Segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto.

### 27.4 Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência do sinistro.

### 27.5 Carência

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.



**27.6 Condições Contratuais**

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

**27.7 Comoriência**

É quando dois ou mais indivíduos que são herdeiros entre si falecem na mesma ocasião, não sendo possível averiguar qual deles faleceu primeiro. Neste caso, presume-se que o falecimento foi simultâneo e não há sucessão entre eles.

**27.8 Condições Gerais**

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante das Condições Contratuais.

**27.9 Contrato**

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação coletiva, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

**27.10 Corretor de Seguros**

É o intermediário, indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade Seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

**27.11 Diária Contratada**

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo Segurado e estipulada na Proposta de Contratação, independentemente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

**27.12 Doenças, lesões e acidentes Preexistentes**

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

**27.13 Documentos contratuais**

Trata-se da Apólice de Seguro e do endosso do seguro.

**27.14 Dolo**

Vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

**27.15 Estipulante**

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

**27.16 Endosso**

Documento, emitido pela sociedade Seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

**27.17 Evento Coberto**

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais, nas Condições Especiais e na Proposta de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.



**27.18 Franquia**

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

**27.19 Grupo Segurado**

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

**27.20 Grupo Segurável**

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e na Proposta de Contratação.

**27.21 Indenização**

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

**27.22 Início de vigência**

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

**27.23 Nascituros**

Trata-se do embrião ou feto, ou seja, aquele que há expectativa de nascer, mas ainda não nasceu.

**27.24 Natimorto**

É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

**27.25 Perícia Médica**

É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado é submetido para comprovação do sinistro.

**27.26 Período Gestacional**

Período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

**27.27 Prêmio**

Valor correspondente aos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

**27.28 Profissão Ou Ocupação**

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

**27.29 Proposta de Contratação**

Documento que formaliza o interesse do Estipulante em contratar, alterar ou renovar o seguro.

**27.30 Regime Financeiro de Repartição Simples**

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

**27.31 Riscos Excluídos**

São situações previstas nas Condições Gerais do Seguro que não são cobertos pelo seguro.

**27.32 Responsáveis Legais**

Genitores ou responsáveis legais com poder jurídico comprovado de representação da criança recém-nascida.

**27.33 Segurados**

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro podendo ser subdivididos em:

**27.33.1 Segurados Principais**

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

**27.33.2 Segurados Dependentes**

- São considerados o cônjuge ou a(o) companheira(o);
- São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos:
  - I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
  - II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
  - III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
  - IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
  - V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;
  - VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

**27.34 Seguradora**

É a sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos na Proposta de Contratação.

**27.35 Seguro Não Contributivo**

Quando o prêmio do seguro é pago totalmente pelo Estipulante.

**27.36 Sinistro**

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência da Apólice de Seguro.

**27.37 Tratamento Cirúrgico**

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

**27.38 Tratamentos Clínicos**

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.

**27.39 UTI – Unidade Intensiva de Tratamento**

É uma estrutura hospitalar que se caracteriza como "unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar".

**27.40 Vigência**

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor a Proposta de Contratação, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido Apólice de Seguro.

**SEGURO DE CONVENÇÃO COLETIVA – VIDA CAPITAL GLOBAL**  
**I- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA BÁSICA DE MORTE**

**1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Garante aos beneficiários o pagamento do capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

**3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

**4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito, se houver;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**II- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE ACIDENTAL**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do capital Segurado individual contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, sem prejuízo do pagamento do capital referente a Cobertura Básica, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental os eventos decorrentes de:

- a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto;
- b) Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico), em decorrência de acidente coberto.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

## **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

**Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.**



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**III- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL  
OU PARCIAL POR ACIDENTE**

**1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (item 1.11)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, **total** ou **parcial**, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

**1.2.1** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

**1.3** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

**1.4** Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

**1.5** Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado dessa cobertura.

**1.6** Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

**1.7** Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

**1.8** A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

**1.9** As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da

indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

**1.10** A reintegração do capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.**

**1.11** Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente:

| <b>TABELA PARA CÁLCULO<br/>INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> |                                                                               |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>INVALIDEZ<br/>PERMANENTE</b>                                            | <b>DISCRIMINAÇÃO</b>                                                          | <b>% SOBRE<br/>IMPORTÂNCIA<br/>SEGURADA</b> |
| <b>TOTAL</b>                                                               | Perda total da visão de ambos os olhos                                        | 100                                         |
|                                                                            | Perda total do uso de ambos os membros superiores                             | 100                                         |
|                                                                            | Perda total do uso de ambos os membros inferiores                             | 100                                         |
|                                                                            | Perda total do uso de ambas as mãos                                           | 100                                         |
|                                                                            | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior                 | 100                                         |
|                                                                            | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés                            | 100                                         |
|                                                                            | Perda total do uso de ambos os pés                                            | 100                                         |
|                                                                            | Alienação mental e incurável                                                  | 100                                         |
|                                                                            |                                                                               |                                             |
| <b>PARCIAL<br/>DIVERSAS</b>                                                | Perda total da visão de um olho                                               | 30                                          |
|                                                                            | Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista | 70                                          |
|                                                                            | Surdez total incurável de ambos os ouvidos                                    | 40                                          |
|                                                                            | Surdez total incurável de um dos ouvidos                                      | 20                                          |
|                                                                            | Mudez incurável                                                               | 50                                          |
|                                                                            | Fratura não consolidada do maxilar inferior                                   | 20                                          |
|                                                                            | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral                          | 20                                          |
|                                                                            | Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral                | 25                                          |
|                                                                            |                                                                               |                                             |
|                                                                            |                                                                               |                                             |



|                                           |                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>PARCIAL<br/>MEMBROS<br/>SUPERIORES</b> | Perda total do uso de um dos membros superiores                                                                                   | 70 |
|                                           | Perda total do uso de uma das mãos                                                                                                | 60 |
|                                           | Fratura não consolidada de um dos úmeros                                                                                          | 50 |
|                                           | Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares                                                                         | 30 |
|                                           | Anquilose total de um dos ombros                                                                                                  | 25 |
|                                           | Anquilose total de um dos cotovelos                                                                                               | 25 |
|                                           | Anquilose total de um dos punhos                                                                                                  | 20 |
|                                           | Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano                                                                  | 25 |
|                                           | Perda total do uso da falange distal do polegar                                                                                   | 9  |
| <b>PARCIAL<br/>MEMBROS<br/>SUPERIORES</b> | Perda total do uso da falange distal do polegar                                                                                   | 9  |
|                                           | Perda total do uso de um dos indicadores                                                                                          | 15 |
|                                           | Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios                                                                       | 12 |
|                                           | Perda total do uso de um dos dedos anulares                                                                                       | 9  |
|                                           | Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.       |    |
|                                           |                                                                                                                                   |    |
| <b>PARCIAL<br/>MEMBROS<br/>INFERIORES</b> | Perda total do uso de um dos membros inferiores                                                                                   | 70 |
|                                           | Perda total do uso de um dos pés                                                                                                  | 50 |
|                                           | Fratura não consolidada de um fêmur                                                                                               | 50 |
|                                           | Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros                                                                      | 25 |
|                                           | Fratura não consolidada da rótula                                                                                                 | 20 |
|                                           | Fratura não consolidada de um pé                                                                                                  | 20 |
|                                           | Anquilose total de um dos joelhos                                                                                                 | 20 |
|                                           | Anquilose total de um dos tornozelos                                                                                              | 20 |
|                                           | Anquilose total de um quadril                                                                                                     | 20 |
|                                           | Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé                                           | 25 |
|                                           | Amputação do 1º (primeiro) dedo                                                                                                   | 10 |
|                                           | Amputação de qualquer outro dedo                                                                                                  | 3  |
|                                           | Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo |    |
|                                           | Encurtamento de um dos membros inferiores                                                                                         |    |
|                                           | - de 5 (cinco) centímetros ou mais                                                                                                | 15 |
|                                           | - de 4 (quatro) centímetros                                                                                                       | 10 |
|                                           | - de 3 (três) centímetros                                                                                                         | 6  |
|                                           | Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.                                                                                   |    |
|                                           |                                                                                                                                   |    |
|                                           |                                                                                                                                   |    |

## 2 RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1 Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:**

**a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

### **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

### **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

#### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- g) Prontuário médico completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações, devidamente emitido pelo hospital em que foi atendido/socorrido/tratado.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo Segurado ou seu representante.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**IV- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL  
POR ACIDENTE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item **1.2**, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:**

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

**1.3 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.**

**1.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

**1.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.**

**1.6 As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1 Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:**

- a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

### **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

### **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

#### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- g) Prontuário médico completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações, devidamente emitido pelo hospital em que foi atendido/socorrido/tratado.

#### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

#### **III) Documento Original**

- a) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da seqüela foram esgotados;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;

- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo Segurado ou seu representante.



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**V- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL  
POR DOENÇA LABORATIVA**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez **total** e permanente por doença laborativa, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

**1.3** Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

**1.4** Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

**1.5** Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

**1.6** A invalidez por doença laborativa deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue.

**1.7** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

**1.8** Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez permanente total por doença laborativa, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

**1.9** Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença laborativa, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença laborativa devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do pagamento da indenização da invalidez serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

**1.9.1** Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, o seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação, sem qualquer devolução de prêmios.**

**1.10** Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

**1.11** A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa não se acumula com as coberturas básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data em que a invalidez foi caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1** Essa cobertura está sujeita a período de carência, que será determinado na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro

## **5 BENEFICIÁRIOS**

**5.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **6 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**6.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;

- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**VI- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL  
POR DOENÇA FUNCIONAL**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado Individual contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença funcional, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional aquela que cause a Perda da Existência Independente do Segurado.

**1.3** Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do Segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

**1.4 Está coberta** a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
  - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
  - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico

devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

**1.5** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Permanente e Total por Doença Funcional.

**1.6** A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

**1.7** Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

**DOCUMENTO 1**  
**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

| ATRIBUTOS                            | ESCALAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PONTOS |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO | <b>1º GRAU:</b><br>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR. | 00     |
|                                      | <b>2º GRAU:</b><br>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.                                | 10     |
|                                      | <b>3º GRAU:</b><br>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.                                                                        | 20     |

| ATRIBUTOS                                    | ESCALAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PONTOS |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO | <b>1º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.                                                                                                                                                      | 00     |
|                                              | <b>2º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.                                                                                                       | 10     |
|                                              | <b>3º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO. | 20     |



| ATRIBUTOS                                  | ESCALAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PONTOS |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| CONECTIVIDADE<br>DO SEGURADO<br>COM A VIDA | 1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS. | 00     |
|                                            | 2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).                                                                                 | 10     |
|                                            | 3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.                                                                                                                                                 | 20     |

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

## DOCUMENTO 2

### TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

| DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS                                                                        | PONTUAÇÃO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.                  | 02        |
| HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.               | 02        |
| HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO A DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.                     | 04        |
| EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE. | 04        |
| CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPEÚTICA.    | 08        |

Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença funcional devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual**. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do pagamento da indenização da invalidez serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.



**2.2.5.8.1** Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, o seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.**

**2.2.5.8.2** Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

**2.2.5.9** A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional (IPDF) não se acumula com a cobertura básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os eventos abaixo especificados:

- a) perda, redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data em que a invalidez foi caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1** Essa cobertura está sujeita a período de carência, que será determinado na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro

## **5 BENEFICIÁRIOS**

**5.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **6 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**6.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:



**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição
- e) Exames laboratoriais de diagnóstico da doença.

**II) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da Invalidez.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
VII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE COBERTURA ADICIONAL DE  
DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 dias**, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de diárias estabelecido na Proposta de Contratação, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nas Condições Gerais, destas Condições Especiais e na Proposta de Contratação**.

**1.2** Caso o Segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente a diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.

**1.3** O limite máximo de diárias, o valor e a forma de pagamento serão definidos na **Proposta de Contratação**, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

**1.3.1** O limite máximo de diárias para contratação não poderá ultrapassar 365 (trezentos e sessenta e cinco), por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

**1.4** As diárias por incapacidade serão devidas a partir do **16º dia**, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o Segurado a tanto se negue**.

**1.5** Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da Apólice;
- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;
- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 2 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam as suas causas;

- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer, não limitadas à estas;
- k) Tratamento que vise o combate à obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;
- l) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- o) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- p) Abortos provocados ou não e as suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;
- q) Epidemias e pandemias, declaradas por órgão ou autoridade competente;
- r) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;
- s) Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

### **4 CARÊNCIA**

**4.1** Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura, exclusivamente quando decorrentes de doença.

**4.2** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

### **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 15 (quinze) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 16º dia de afastamento.

### **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico da presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – **Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:**

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.
  
- a) Funcionário: Carteira Profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exames médicos expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Sócios Proprietários: Contrato Social atualizado.

### **III) Documento Original**

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

### **Em caso de Acidente:**

### **Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

#### **I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

#### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;

- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

**Importante:** Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
VIII- CONDIÇÕES ESPECIAIS IX - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE  
TEMPORÁRIA POR ACIDENTE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, por **período superior a 15 dias**, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao Segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratada, **até o limite máximo de diárias estabelecido na Proposta de Contratação , exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de franquia, bem como o disposto nas Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** Caso o Segurado venha a falecer, por morte acidental, **extingue-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente à diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.**

**1.3** O limite máximo de diárias, o período de franquia, valor e a forma de pagamento serão definidos na Proposta de Contratação, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

**1.4** O limite máximo de diárias para contratação não poderá ultrapassar 365 (trezentos e sessenta e cinco), por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

**1.5** As diárias por incapacidade serão devidas a partir do 16º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento , sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado, sem justa causa, se negue a realizar a avaliação.**

**1.6** Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, **ficará automaticamente extinta a presente cobertura.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.**

## **5 FRANQUIA**

**5.1 Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 15 (quinze) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 16º dia de afastamento.**

## **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1 O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.**

## **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1 O âmbito geográfico da presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.**

**7.2 As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.**

## **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:**

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- a) Exames médicos comprobatórios da lesão;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas inicial, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado;
- c) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

### **III) Documento Original**

- a) Relatório médico atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

**Importante:** Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
IX- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE VERBA POR INCAPACIDADE  
TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 dias**, por evento, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberta**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, uma verba **até o limite máximo estabelecido na Proposta de Contratação**, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nas Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.

**1.1** O valor e a forma de pagamento serão definidos na Proposta de Contratação, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;
- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, , as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;
- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 2 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam as suas causas;
- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer, não limitadas à estas;
- k) Tratamento que vise o combate à para obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;
- l) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;

- o) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;**
- p) Abortos provocados ou não e as suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;**
- q) Epidemias e pandemias, declaradas por órgão ou autoridade competente;**
- r) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;**
- s) Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.**

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

### **4 CARÊNCIA**

**4.1** Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura, exclusivamente quando decorrentes de doença.

**4.2** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

### **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 30(trinta) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 31º dia de afastamento.

### **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

### **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico da presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

### **III) Documento Original**

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

### **Em caso de Acidente:**

**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

#### **I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

#### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

**Importante:** Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

## **SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**

## **X- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE VERBA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE**

### **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 dias**, por evento, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, uma verba **até o limite máximo estabelecido na Proposta de Contratação**, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o disposto nas Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.

**1.2** O valor e a forma de pagamento serão definidos na Proposta de Contratação, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

### **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;
- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;
- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 2 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam as suas causas;
- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer, não limitadas à estas;
- k) Tratamento que vise o combate à obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;
- l) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
- n) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- o) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

- p) **Abortos provocados ou não e as suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;**
  - q) **Epidemias e pandemias, declaradas por órgão ou autoridade competente;**
  - r) **Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;**
- Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.**

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

### **4 CARÊNCIA**

**4.1** Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura, exclusivamente quando decorrentes de doença.

**4.2** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

### **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquias de 30(trinta) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 31º dia de afastamento.

### **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

### **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico da presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

### **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

#### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

**Em caso de Acidente:****Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:****I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

**Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**XI- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE VERBA AO ESTIPULANTE POR**  
**INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 (quinze) dias** por evento de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto, a Seguradora pagará ao Estipulante, uma verba até o limite máximo estabelecido na Proposta de Contratação, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o disposto nas Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** A Incapacidade será **devida a partir do 16º dia**, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado, sem justa causa, se negue a realizar a avaliação.**

**1.3** O valor e a forma de pagamento serão definidos na Proposta de Contratação, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;
- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;
- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 2 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam as suas causas;
- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer, não limitadas à estas;
- k) Tratamento que vise o combate à para obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;



- l) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
- n) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- o) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- p) Abortos provocados ou não e as suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;
- q) Epidemias e pandemias, declaradas por órgão ou autoridade competente;
- r) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;
- s) Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

### **4 CARÊNCIA**

**4.1** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

### **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 15 (quinze) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 16º dia de afastamento.

### **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o Estipulante.

### **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico da presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

### **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**



**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

**II) Cópia Autenticada**

- c) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- d) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

**III) Documento Original**

- b) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

**Em caso de Acidente:**

**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

**II) Cópia Simples**

- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

**II) Cópia Autenticada**

- d) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- e) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- f) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

**Importante:** Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada (s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**ESTA COBERTURA CESSARÁ QUANDO O SEGURADO COMPLETAR 80 ANOS.**

**1.2** Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, desde que convencionadas na Proposta de Contratação, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

### **1.2.1 DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)**

#### **1.2.1.1 Definição:**

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

#### **1.2.1.2 Risco Coberto:**

Desde que contratada a cobertura para doença neoplásica maligna, estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Além da cobertura acima descrita, estarão cobertos os segurados do sexo feminino portadores de Câncer de Mama ou Colo de Útero, bem como os segurados do sexo masculino portadores de Câncer de Próstata, desde que diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

**1.2.1.3 Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura:**

- a) para Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno):**
  - As displasias e lesões pré-cancerígenas.
  - Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "*in situ*" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.

## **1.2.2 DOENÇAS CARDIOLÓGICAS**

### **1.2.2.1 Definição:**

São as doenças do coração: infarto do miocárdio, doenças das artérias cardíacas e doenças das válvulas do coração.

### **1.2.2.2 Risco Coberto:**

Desde que contratada a cobertura para doenças cardiológicas, estão cobertos os seguintes riscos:

- a) Infarto do miocárdio devidamente comprovado através de exames específicos: cateterismo e enzimas cardíacas;
- b) Doenças das artérias cardíacas tratadas com angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio;
- c) Doenças das válvulas cardíacas tratadas cirurgicamente.

**1.2.2.3 Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura:**  
**dessa cobertura:**

- a) infartos do miocárdio pré-existentes a contratação do seguro e demonstrados através do ECG
- b) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;
- c) as doenças do coração não diagnosticada como risco coberto no item 2.2.10.3.2.

## **1.2.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

### **1.2.3.1 Definição:**

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e seqüela neurológica definitiva.

### **1.2.3.2 Risco Coberto:**

Desde que contratada a cobertura para acidente vascular cerebral, estão cobertos os portadores de sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) avaliados após 6 meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angio ressonância ou Doppler de Carótidas).

**1.2.3.3 Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura:**

**- Ataques isquêmicos transitórios (AIT).**

## **1.2.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS**

### **1.2.4.1 Definição:**

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

### **1.2.4.2 Risco Coberto:**

Desde que contratada a cobertura para Síndrome da Transplantes de Órgãos Vitais, estarão cobertos os Segurados que necessitarem do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea.
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

## **1.2.5 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA (AIDS)**

### **1.2.5.1 Definição:**

A SIDA (AIDS) é um conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, sendo caracterizada por infecções oportunistas, neoplasias malignas, disfunções neurológicas e várias outras síndromes.

### **1.2.5.2 Risco Coberto:**

Desde que contratada a cobertura para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, estarão cobertos os Segurados portadores do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (Infecções frequentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:

- Linfócitos CD4 - abaixo de 200 células por mm<sup>3</sup>
- Linfócitos CD8 - abaixo de 600 células por mm<sup>3</sup>.
- Relação CD4/CD8 - abaixo de 0,8
- Carga Viral- acima de 50.000

## **1.2.6 INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL**

### **1.2.6.1 Definição:**

É a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e demonstrado através de exames complementares apropriados.

### **1.2.6.2 Risco Coberto:**

Desde que contratada a cobertura para insuficiência renal terminal, estão cobertas todas as doenças renais com evolução para insuficiência renal terminal, conforme definição para fins desta cobertura.

**1.2.6.3 Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura:**

- a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

**1.3 Para as doenças descritas nos itens 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4 e 1.2.6 só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 60 (sessenta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.**

**1.4 Quando contratada cobertura para todas as doenças previstas na cobertura de Doenças Graves, somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

**1.5 O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1 Além dos riscos excluídos especificados em cada Doença, também estão expressamente excluídos desta cobertura os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.**

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.**

**3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.**

**3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmada por exames.**

## **4 CARÊNCIA**

**4.1 Haverá carência de 60 (sessenta) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura.**

## **5 BENEFICIÁRIOS**

O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **6 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**6.1** O âmbito geográfico da presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**6.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **7 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**7.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares.

### **II) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XIII- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Para efeito deste seguro, é a designação genérica do tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Exclui-se, no entanto, desta designação para efeitos do presente, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta cobertura, o tumor deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da Apólice de Seguro e findo o prazo de carência.

### **ESTA COBERTURA CESSARÁ QUANDO O SEGURADO COMPLETAR 80 ANOS.**

**1.2** Desde que contratada a cobertura para doença neoplásica maligna, estão cobertos os portadores de neoplasia maligna constatada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anatomopatológico, e exames complementares realizados por um patologista. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins de pagamento de indenização, desde que precedido de um exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que esteja evidenciada a existência de Câncer.

**1.3** O pagamento de qualquer Indenização decorrente do Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma “*in situ*” (incluindo displasia cervical), neoplasias As displasias e lesões pré-cancerígenas;
- b) Para portadores malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmada por exames.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1** Haverá carência de 60 (sessenta) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura.

## **5 BENEFICIÁRIOS**

O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **6 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**6.1** O âmbito geográfico da presente cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**6.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **7 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**7.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição,
- e) Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares.

### **II Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XIV-CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar **decorrente de acidente ou doença** em caráter estritamente emergencial, **entendendo-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** O valor de cada Diária, a quantidade e a forma de pagamento serão estabelecidas na Proposta de Contratação .

**1.3** O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação, consecutivo ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:**

- a) Ferimentos auto infligidos, temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras e;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão ou autoridade competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;

- i) **Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;**
- j) **Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);**
- k) **Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;**
- l) **Diálises, hemodiálises;**
- m) **Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico;**
- n) **Tratamentos clínicos ou cirurgias não éticas.**

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

### **4 CARÊNCIA**

**4.1** Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura, exclusivamente quando decorrentes de doença.

### **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

### **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

### **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Prontuário Médico completo;
- a) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

### **II) Documento Original**

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

**Em caso de Acidente:**

**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

### **I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

**Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XV- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR POR ACIDENTE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente **única e exclusivamente de acidente pessoal coberto em caráter estritamente emergencial, desde que as internações não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **se decorrente de riscos excluído observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** O valor de cada Diária será estabelecido na Proposta de Contratação .

**1.3** O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado a 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo Acidente Pessoal coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

**a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

## **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

## **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Prontuário Médico completo;
- a) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

### **II) Documento Original**

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

**Em caso de Acidente:**

**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

### **I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

**Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os**

**fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XVI-CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR POR ACIDENTE - UTI**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante, ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, exclusivamente em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, deduzida a franquia, **no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente em caráter estritamente emergencial, entendendo-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, **se decorrente de riscos excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** O valor de cada Diária, a quantidade e a forma de pagamento serão estabelecidas na Proposta de Contratação .

**1.3** O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, será estabelecido na Proposta de Contratação , consecutivo ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além dos riscos definidos no item 2 Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro estão expressamente excluídos dessa cobertura, os eventos e internações decorrentes de:**

- a) Ferimentos auto infligidos, temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras e;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão ou autoridade competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;
- i) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;

- j) **Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);**
- k) **Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;**
- l) **Diálises, hemodiálises;**
- m) **Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico;**
- n) **Tratamentos clínicos ou cirurgias não éticas.**

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

### **4 CARÊNCIA**

**4.1** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

### **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

**5.2** A Franquia desta cobertura é por internação. Se em decorrência do mesmo evento o Segurado utilizar a cobertura de Renda por Internação Hospitalar, não será cobrada nova franquia

### **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

### **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.



## **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Prontuário Médico completo;
- f) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- g) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

### **III) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

### **IV) Documento Original**

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, especificando os dias de internação na unidade de terapia intensiva;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado na UTI, constando o aviso de alta médica.

**Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**XVII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR FILHOS**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas exclusivamente pelo(s) filho(s) do Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente **de acidente ou doença** em caráter estritamente emergencial, **entendendo-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo Segurado e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** O valor de cada diária, a quantidade e a forma de pagamento serão estabelecidas na Proposta de Contratação.

**1.3** O período coberto, por ocasião da hospitalização prevista para esta cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação, consecutivo ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

**1.4** No caso de filho menor de idade, a indenização será devido ao Segurado Titular do seguro.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras e;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão ou autoridade competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;

- i) **Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;**
- j) **Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);**
- k) **Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;**
- l) **Diálises, hemodiálises;**
- m) **Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico;**
- n) **Tratamentos clínicos ou cirurgias não éticas.**

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

### **4 CARÊNCIA**

**4.1** Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura, exclusivamente quando decorrentes de doença.

### **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

### **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

### **7 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1** O âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**7.3** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **8 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**8.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Prontuário Médico completo;
- f) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

### **II) Documento Original**

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

**Em caso de Acidente:**

**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

### **I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

**Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XVIII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS,  
HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, até o valor do capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes Seguradoras.

**1.3** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

**1.4** A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

**1.5** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o Segurado a tanto se negue.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

## **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.), Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

### **III) Documento Original**

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados.
- b) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XIX-CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO MEDICAMENTO EM CASO  
DE ACIDENTE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas com medicamentos, desde que prescrito(s) por profissional médico habilitado para tratamento **decorrente de acidente pessoal coberto** e que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** A comprovação das despesas com medicamentos deverá ser feita mediante a apresentação do(s) cupom(s) fiscal(is) original(is), além da prescrição médica que deverá conter a assinatura e carimbo com CRM do médico, em papel timbrado do Hospital ou Clínica.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Sinistros não caracterizados em conformidade com o conceito de acidente pessoal previsto nestas condições gerais;
- b) Medicamentos sem prescrição médica e cupom fiscal;
- c) Perfumaria, dermocosméticos e/ou produtos de estética;
- d) Prescrição médica para tratamento de doenças, mesmo que desencadeadas por acidente pessoal coberto;
- e) Materiais ortopédicos e aparelhos diversos;
- f) Vitaminas sem relação direta com o problema causado pelo acidente.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

## **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;

### **III) Documento Original**

- a) Prescrição médica ou do dentista contendo a assinatura e carimbo com CRM do médico, em papel timbrado do Hospital ou Clínica.
- b) Cupom ou nota fiscal discriminando os medicamentos e valores gastos.



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XX- CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO MEDICAMENTO EM CASO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização à título de auxílio medicamento, correspondente ao valor definido na Proposta de Contratação, deduzido o período de internação de internação hospitalar em caso de acidente ou doença, desde que em caráter estritamente emergencial, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** A internação hospitalar deve ser exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, independente das despesas efetuadas pelo segurado.

**1.3** O valor da indenização e a forma de pagamento serão estabelecidos na Proposta de Contratação.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1** Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência individual para essa cobertura, exclusivamente quando decorrentes de doença.

## **5 FRANQUIA**

**5.1** Essa cobertura está sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação.

## **6 BENEFICIÁRIOS**

**6.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **7 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**7.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Prontuário Médico completo;
- f) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

**II) Documento Original**

- c) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- d) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

**Em caso de Acidente:**

**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

**I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

**Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXI-CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE CIRURGIA POR  
ACIDENTE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas com cirurgia(s) decorrente de acidente pessoal coberto, desde que se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** A comprovação das despesas com cirurgia por acidente pessoal deverá ser feita mediante a apresentação do recibo e/ou nota fiscal original em papel timbrado do Hospital ou Clínica, indicando o procedimento realizado.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Sinistros não caracterizados em conformidade com o conceito de acidente pessoal previsto nas Condições Gerais;
- b) Qualquer procedimento cirúrgico relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente;
- c) Cirurgias plásticas em geral exceto reparadoras decorrentes de acidente ocorrido no período de vigência da Apólice de Seguro;
- d) Tratamentos cirúrgicos não éticos.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

## **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- a) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.), Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

**III) Documento Original**

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores relacionados a cirurgia, em que deve constar o nome do Segurado e do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos do(s) procedimento(s) realizado(s).
- b) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL**  
**XXII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO INVALIDEZ PERMANENTE  
POR ACIDENTE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do capital Segurado contratado para esta cobertura, prestação de serviços, ou reembolso de despesas para adaptação de itens à escolha do segurado, **com o objetivo de promover melhor mobilidade e autonomia após a ocorrência de invalidez permanente caracterizada na vigência do seguro**. A cobertura será devida em caso de acidente pessoal coberto, caracterizada pela perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação**.

**1.2** Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada para prestação de serviços, o Segurado poderá optar por indenização ou reembolso de despesas, **limitado ao valor do capital segurado**.

**1.3** A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

**1.4** O pagamento da indenização, ou reembolso de despesas ou prestação de serviços será estabelecido com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

**1.5** A reintegração do capital Segurado para auxílio invalidez permanente por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

## **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário dessa cobertura será o próprio Segurado.

## **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

### **III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
- b) Em caso de reembolso de despesas, nota fiscal discriminando os serviços/valores relacionados a adaptação realizada, em que deve constar o nome do Segurado e do responsável pelo pagamento das despesas.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXIII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de verbas rescisórias, em caso de morte do segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.1.1** Essa cobertura se aplica exclusivamente aos funcionários com vínculo empregatício com o Estipulante.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

## **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário dessa cobertura será o Estipulante.

**4.2** O Estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a Seguradora anteriormente ao pagamento da indenização, poderá renunciar ao recebimento da indenização a favor do beneficiário(s) indicados pelo Segurado ou na falta de indicação expressa serão beneficiários aqueles indicados por lei.

## **5 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**5.1** O âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**5.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **6 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**6.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito, se houver;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.
- d) Comprovante de rescisão trabalhista devidamente homologado.

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.**



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXIV- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS  
CONGÊNITAS DE FILHOS**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada garante ao Segurado Principal o pagamento do capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista no item 1.3, e que tenha sido diagnosticado na vigência do seguro **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

### **1.2 Definições:**

**1.2.1 Data do Evento** - considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico médico da doença congênita coberta nestas Condições Especiais, após o nascimento do filho Segurado com vida.

**1.2.2 Doença Congênita** - considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

### **1.3 Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:**

- **Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;**
- **Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;**
- **Malformação da traqueia e dos pulmões;**
- **Malformação dos rins;**
- **Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;**
- **Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;**
- **Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,**
- **Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).**

**2.2.23.1.3.** O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência dessa cobertura, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência do seguro.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1 Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.**

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico médico.

#### **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

#### **5 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**5.1** O âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

**5.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

#### **6 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**6.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

##### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Filho.

##### **II) Documento Original**

- a) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstância e evidências, acompanhada de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem.

**6.2** O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela Seguradora.

**6.3** A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela Seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

**6.4** As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Congênita de Filho correrão por conta do Segurado Principal, excluídas as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXV- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE  
FILHOS PÓSTUMOS**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento do capital Segurado contratado para esta cobertura, **em caso de morte do Segurado Principal**, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** Quando o Segurado Principal for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do Segurado Principal.

**1.3** Para efeito de elegibilidade considera-se o recém-nascido, filho do Segurado Principal, que ao nascer, respira ou demonstre qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

**1.3.1** A indenização será devida somente após o nascimento do filho(a) do Segurado Principal, sendo considerado o capital Segurado vigente na data do falecimento do Segurado Titular, independentemente da quantidade de nascituro(s) do período gestacional.

### **1.4 Definições:**

**1.4.1 Nascituros:** trata-se do embrião ou feto, ou seja, aquele que há expectativa de nascer, mas ainda não nasceu.

**1.4.2 Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

**1.4.3 Responsáveis Legais:** genitores ou responsáveis legais com poder jurídico comprovado de representação da criança recém-nascida.

**1.4.4 Período Gestacional:** período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Além dos riscos excluídos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos dessa cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do Segurado Principal;
- b) Natimorto;
- c) Adoção.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento do Segurado Principal.

#### **4 BENEFICIÁRIOS**

**4.1** O beneficiário será o responsável legal do recém-nascido, com poder jurídico comprovado de representá-lo.

#### **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

##### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- e) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do responsável legal do recém-nascido;

##### **II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade seja conhecida e registrada pelo Segurado titular;

##### **III) Documento Original**

- a) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do Nascituro.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXVI- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado Principal, garante uma indenização a título de Auxílio Alimentação conforme estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** Essa cobertura poderá prever a possibilidade de Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação, desde que essa condição esteja determinada na Proposta de Contratação, limitado ao capital Segurado contratado.

**1.2.1** O Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação não se acumula com a indenização da cobertura. Se solicitado o Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação, não haverá a indenização.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

## **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;



- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXVII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado Principal, será indenizado ao beneficiário, a título de auxílio para educação dos filhos do segurado, o valor estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, através de parcela única, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.1.1** Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

**1.2** São considerados filhos do Segurado Principal para fins desta cobertura, os dependentes econômicos conforme previsto no item 9 das Condições Gerais do Seguro.

**1.3** Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor único estabelecido na Proposta de Contratação, independentemente da quantidade de filhos do segurado, sendo necessária a comprovação da existência de apenas 1 (um) filho.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1** Essa cobertura está sujeita a período de carência, que será determinado na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro

## **5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**5.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;

**II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXVIII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO NATALIDADE**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, garante ao Segurado Principal o pagamento do capital Segurado individual contratado para esta cobertura, a título de auxílio natalidade, em razão do nascimento de filho(s) com vida ou da adoção de criança de até 03 (três) anos de idade, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido na Proposta de Contratação, para cada filho do Segurado nascido durante o período de vigência da Apólice de Seguro.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do nascimento de filho(s) com vida ou da adoção de criança de até 03 (três) anos de idade.

## **4 CARÊNCIA**

**4.1** Essa cobertura está sujeita a período de carência, que será determinado na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro

## **5 BENEFICIÁRIOS**

**5.1** O Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

## **6 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;

**II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Nascimento do Filho;

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXIX- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR - NÃO  
DEDUTÍVEL**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado principal, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

## **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.



**TOKIO MARINE  
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXX- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR -  
NÃO DEDUTÍVEL**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

## **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês que ocorreu o evento, do Segurado Principal ou Dependente;
- d) Certidão de Casamento e/ou Declaração pública de união estável do Segurado Principal com o Cônjuge;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não



- constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXXI- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR –  
DEDUTÍVEL**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado principal, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

## **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

### **II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.



**TOKIO MARINE  
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXXII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR –  
DEDUTÍVEL**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.1.1** Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

**1.1.2** Essa cobertura prevê o adiantamento do capital Segurado referente à Cobertura Básica e não haverá cobrança de prêmio para sua contratação.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

## **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

## **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês que ocorreu o evento, do Segurado Principal ou Dependente;
- d) Certidão de Casamento e/ou Declaração pública de união estável do Segurado Principal com o Cônjuge;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXXIII- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM  
FUNERAL – TITULAR**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado principal, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital Segurado estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital Segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais:

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

**1.3** Essa cobertura poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital Segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada na Proposta de Contratação.

**1.4 A Assistência Funeral não se acumula com o Reembolso de Despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.**

**1.5** Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados no item **1.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido na Proposta de Contratação.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

### **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

#### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;
- d) Cédula de Identidade, CPF, Comprovante de residência e Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral, sendo esse o 1º titular da conta.
- e) Certidão de Casamento e/ou Declaração pública de união estável do Segurado Principal com o Cônjuge.

#### **II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

#### **III) Documento Original**

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CONVENÇÃO COLETIVA – CAPITAL GLOBAL  
XXXIV- CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM  
FUNERAL – FAMILIAR**

## **1 OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Desde que contratada, em caso de morte do Segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital Segurado estabelecido na Proposta de Contratação para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

**1.2** O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital Segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Veu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

**1.3** Essa cobertura poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital Segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada na Proposta de Contratação.

**1.4 A Assistência Funeral não se acumula com o Reembolso de Despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.**

**1.5** Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados no item **1.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido na Proposta de Contratação.

## **2 RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

### **3 CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

**3.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

### **4 OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

**4.1** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos descritos a seguir:

#### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo do Segurado com o Estipulante;
- b) Comprovante do grupo segurado: 03 últimas relações do FGTS e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês que ocorreu o evento, do Segurado Principal ou Dependente;
- d) Certidão de Casamento e/ou Declaração pública de união estável do Segurado Principal com o Cônjuge;
- e) Cédula de Identidade, CPF, Comprovante de residência e Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral, sendo esse o 1º titular da conta;
- f) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição;

#### **II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

#### **III) Documento Original**

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.